

MYÖTÄTUNTO TYÖVÄLINEENÄ HOIVATYÖSSÄ

Kuntoutusinterventio myötätuntostressin tunnistamiseksi ja myötätuntuupumuksen ehkäisemiseksi

Johdanto

Hoivatyö on ihmissuhdetyötä, jota tehdään monen eri ammattiryhmän voimin, useissa eri toimintaympäristöissä, laajalle ja monimuotoiselle kohdejoukolla. Hoivatyötä voidaan tehdä esimerkiksi asiakkaan kotona, asumispalveluyksiköissä tai laitososuhteissa. Asiakkaat voivat kuulua moniin ikäluokkiin ja hoivallinen tarve voi liittyä esimerkiksi fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Hoivatyö voi sisältää esimerkiksi lääkinnällistä, toiminnallista, hoidollista, psyykkistä ja sosiaalista työtä. Myös saattohoito käsitetään hoivatyöksi.

Hoivatyöntekijä käyttää ammattitaidon ja tekniikan ohella työvälineenä omaa persoonaansa, ja työtehtävät vaativat työntekijältä monimuotoisia tunnetaitoja. Työ käsittelee elämän filosofiseettisiä tasoja, ja voi olla hyvin koskettavaa. Alalle hakeutuu usein auttamishaluisia ihmisiä, joita motivoi työn tarjoamat psykososiaaliset ulottuvuudet. Toisaalta samat seikat altistavat työntekijää myös henkiseen kuormitukseen. Empatiakyvyn kautta syntyvä myötätunto, taito samaistua asiakkaan tilanteeseen, saattaa herättää työntekijässä raskaita tuntemuksia. Hoivatyöntekijä kohtaa asiakas- ja potilastyössä voimakkaita ja järkyttäviäkin asioita, jotka saattavat ajan kuluessa kasautua ja aiheuttaa kuormitustilan, jos niitä ei pääse riittävällä tasolla työstämään ja purkamaan. Pahimmillaan kuormitus voi muuttua työkykyä ja psyykkistä terveyttä uhkaavaksi myötätuntuupumukseksi. Myös

tätuntuupumus on kuitenkin ehkäistävissä oleva ilmiö, ja siitä on mahdollisuus myös täysin kuntoutua.

Hoivatyön psyykkiset vaatimukset

Myös tutkimusten mukaan osa hoiva-alan työstä on raskasta, sekä fyysisesti, että psyykkisesti ja sosiaalisesti. Eniten työperäistä henkistä kuormitusta koetaan sosiaali- ja terveysalalla (Elo, 2010). Työssä voi kohdata aggressiivisia asiakkaita ja joutua esimerkiksi toimimaan asiakkaiden välisissä konfliktitilanteissa tai asiakkaan kiinnipitotilanteissa. Työterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveyspalveluissa työskentelevistä joka neljäs on joutunut väkivallan tai sen uhan kohteeksi (Salminen, 2010). Laitoksissa tapahtuvassa vanhusten hoivatyössä väkivalta tai sen uhka koskettanut on noin 30 prosenttia työntekijöistä (Kröger & Vuorensyrjä, 2008).

Kröger, Leinonen ja Vuorensyrjä (2009) raportoivat laajan pohjoismaisen tutkimuksen tuloksia hoivatyöstä. Ala todetaan epävarmemmaksi työmarkkinaympäristöksi Suomessa kuin muissa Pohjoismaissa, ja määrälliset työsuhteet ovat yleisempiä. Lisäksi asiakaspaine on Suomessa muita Pohjoismaita kovempi, ja työvuorokohtaisia asiakasmääriä on Suomessa enemmän. Työskentely on Suomessa keskittynyt laitoksiin ja asumispalveluyksiköihin. Toisaalta Kröger ym. korostavat, että hoivatyöhön kouluttaudutaan pidemmin ja ammattiin kiinnytään Suomessa voimak-

kaammin kuin muualla. Kröger ja Vuorensyrjä (2008) toteavat, että vanhustyö, joka on yksi hoivatyön merkittävimmistä alueista, kuvautuu tutkimusten mukaan henkisesti ja fyysisesti erittäin rasittavaksi työksi. Lisäksi he mainitsevat, että kenttää vaivaa monet ongelmat, eikä vanhustyö itsessään ole houkutteleva ala. Kuormitustekijöistä huolimatta alalla työskentelevät ovat motivoituneita työhönsä ja pitävät työtä mielekkäänä (Kröger, Leinonen & Vuorensyrjä, 2009).

Työntekijän psykososiaalinen kuormitus voi syntyä hoivatyössä myös epäsuorasta, toisen asteen kontaktista, kuten esimerkiksi asiakkaan elämäntarinaa perehtymisestä, etenevän sairauden tuottaman ahdistuksen myötä-elämisestä, asiakkaan trauman kokemisesta tai viranomaispäätösten aiheuttavan ahdistuksen kohtaamisesta. Molander (2009) korostaa, että asiakkaiden haavoittavat kokemukset voivat siirtyä työntekijöille ja työntekijöissä voi kehittyä samankaltaisia psyykkisiä oireita kuin asiakkailla. Stamm (1999) muistuttaa, että ammattinimike ei tee työntekijää immuuniksi työn koskettavuudelle. Työntekijälle ja asiakkaalle muodostuu hoivatyössä usein pitkä, vuosia kestävä suhde, jossa asiakas tulee lähelle työntekijää. Monissa tapauksissa suhde päättyy saattohoitoon ja asiakkaan kuolemaan. Tällöin työntekijä kohtaa omaisten suruprosessin, kuulee ja tukee omaisia, työstää omia tuntemuksiaan tapahtuneesta ja hoitaa kuitenkin rinnalla perustyötään. Edmundsin (2010) mukaan hoitotyössä välittäminen ja hoidon antaminen on kuitenkin työn ydin; jos työntekijä ei tunnetasolla välitä asiakkaasta, työstä tulee toimimatonta. Riskinä on hänen mukaansa myös se, jos työntekijä välittää asiakkaasta liikaa, eli kiintyy asiakkaaseen voimakkaasti.

Myötätuntostressi ja myötätuntouupumus

Empatia tarkoittaa Rothschildin (2006) mukaan taitoa liittyä toisiin ja kykyä saada perspektiiviä toisen tilanteeseen. Empatia kehittyy myötätunnoksi, ja antaa ihmiselle mahdollisuuden mukautua toisen ihmisen tilanteeseen. Tämä taito auttaa olemaan herkkä

ja taitava ihmissuhdetyössä. Korkeila (2009) kuvaa ihmisen sosiaalisten aivojen kehittymistä evoluutionaariseksi ilmiöksi, johon on vaikuttanut toiminta monimutkaisissa sosiaalisissa ryhmissä. Hän toteaa, että sosiaalisten aivojen tehtäviä ovat muun muassa kasvojen tunnistus, ruumiillisten signaaleihin liittyvä tunnevaste ja sen työstäminen sekä itseyden ymmärrys. Lisäksi sosiaalisten aivojen avulla voimme intuitiivisesti tiedostaa toisen ihmisen kokemusmaailmaa. Työntekijä voi kokea myötätuntostressiä altistuessaan asiakkaan vaikeaan tilanteeseen. Vaikka stressioireet ovat myös fyysisiä, ne kumpuavat työntekijän samaistumistaidoista ja myötäilevät asiakkaan tunnemaailmaa ja -reaktioita (Toivola 2004). Kåver ja Nilsonne (2008) vahvistavat, että ihmisen sosiaaliset aivot osallistuvat ja samaistuvat toiminnan suorittajaan, ja ihminen kokee samoja tuntemuksia kuin henkilö jota hän seuraa. Nissinen (2008) korostaa, että myötätuntostressi on vuorovaikutussuhteen sivutuote ammatikseen auttamistyötä tekevien arjessa, eikä se liity ammattitaidon puutteeseen tai pelkästään yksilöllisiin tekijöihin, vaan pikemminkin työn sisältöön. Poijula (2003) kuvaa stressin vaikuttavan tunteisiin, ajatteluun, ruumiintoimintoihin, käyttäytymiseen ja asenteisiin. Kasautuessaan ja pitkittyessään oireet voivat kehittyä häiritseviksi ja uuvuttaviksi.

Työperäisen kuormituksen seurausta nimitetään yleisesti burnoutiksi tai työuupumukseksi. Burnout on käsitteenä laaja, ja hieman erillinen myötätuntostressistä ja myötätuntouupumuksesta (Figley, 1999). Nissinen (2008) mukaan myötätuntostressin kehittyminen myötätuntouupumukseksi liittyy siihen, että työn tuottamia tuntemuksia ja reaktioita ei tunnusteta, ymmärretä, hyväksytä ja läpikäydä yhteisöllisesti ja henkilökohtaisella tasolla, vaan asiat kapseloituvat työntekijän sisään. Nissinen muistuttaa, että on erityisen tärkeää käsitellä reaktioita normaaleina, eikä torjua niitä tai arvottaa niitä ammatillisuuden puutteena. Myötätuntouupumuksen Nissinen tyypittää psykofyysisenä jännitystilana, joka syntyy siitä, että toistuvasti todentaa toisen ihmisen kärsimystä. Tilassa asiakkaiden ko-

kemukset vaikuttavat työntekijän alitajuntaan ja mieleen. Tilaan liittyy kuormitukseen liittyvien ajatusten torjunta ja altistavien tilanteiden välttäminen sekä stressitila, sisäinen turtumus, kyynistyminen, ammatillisen itsetunnon heikkeneminen ja ihmissuhdeongelmat sekä työssä että yksityiselämässä. Nissinen muistuttaa, että myötätuntouupumuksen ero muuhun työperäiseen kuormitukseen on se, että se ei kohene lomilla tai vapaa-aikana, vaan tilanteeseen tarvitaan myös mielen ja ihmissuhteiden hoitoa.

Myötätuntouupumukseen vaikuttavat kuusi eri tekijää:

- emotionaalinen altistus työssä
- samaistuminen toisen ihmisen tunteisiin ja tarpeisiin
- kokemukset työtyytyväisyydestä
- pitkittynyt työperäinen altistus ja omien kipupisteiden aktivoituminen
- irrottautumistaidot työtilanteesta ja työelämän ulkopuoliset raskaat asiat. (Nissinen, 2008).

Eri tekijät voivat korostua eri aikoina ja niiden merkitys ja vaikutus vaihdella, mutta kaikki vaikuttavat myötätuntouupumuksessa jollain tasolla. Esimerkiksi pelkät yksilölliset seikat, eli työelämän ulkopuoliset raskaat asiat ja omien kipupisteiden aktivoituminen, eivät riitä myötätuntouupumuksen perusteiksi, vaikka niillä on merkitystä.

Myötätuntouupumus vastaa oireiltaan traumaperäistä stressireaktiota, sillä neurobiologia ja aivojen toiminta traumatisoitumisessa on samankaltainen liittymättä siihen, onko itse ollut suorassa traumaattisessa tapahtumassa vai läpikäynyt sitä toisen ihmisen kautta (Rosenbloom, Pratt & Pearlman, 1999). Oireet vaikuttavat työntekijän itsetuntemukseen, maailmankuvaan, henkisyteen, tunnetoleranssiin, sosiaalisiin suhteisiin, mielikuviiin ja muistiin (Pearlman, 1999). Työntekijän katsontakanta kapenee ja voi ilmetä syyllisyyden tunteita ja välinpitämättömyyttä itseä ja asiakkaita kohtaan (Munroe, Shay, Fisher, Mary, Rappoport & Zimering, 1995).

Hoitamaton myötätuntouupumus voi näkyä esimerkiksi työyhteisön keskinäisten välien kiristymisenä, sairauspoissaoloina sekä

työntekijän ennenaikaisena eläköitymisenä (Rotchild, 2006). Edmunds (2010: 191–197) on tehnyt tutkimuksen hoitajien parissa, käyttäen samaa seulaa kun tässä projektissa. Päätuloksena hän toteaa, että pitkät, yli 8-tuntiset työvuorot altistavat myötätuntouupumukselle. Myötätuntouupumusriskeinä toimivat Edmundsin mukaan hoitajan kokemukset siitä, etteivät omat yritykset tehdä työtä tuota toivottuja tuloksia sekä riittämätön palautumisaika työtehtävistä. Lisäksi esimerkiksi suuri asiakasmäärä, vaikeat asiakastapaukset, ylityöt ja ylimääräiset työvuorot altistivat oirehdinnalle.

Hoitamattomana myötätuntouupumus saattaa johtaa vakaviin mielenterveyden pulmiin ja työkyvyn alentumiseen (Stamm, 1999; Rudolph, Stamm & Stamm, 1997). Myötätuntouupumus on kuitenkin ehkäistävissä ja hoidettavissa (Rudolph ym., 1997). Tieto auttaa työntekijää pysymään ammatillisesti tasapainossa, ja koulutus voi lisätä suojautumistaitoja. Sosiaalinen tuki, avoimuus ja asioiden käsittely ovat merkittävässä roolissa myötätuntouupumukselta suojautumisessa. Tietoisuus itsestä, omien rajojen tunteminen ja oman dynamiikan hallitseminen ovat tärkeitä työkyvyyden elementtejä ihmissuhdetyössä olevalle (Baker, 2005). Myötätuntouupumukseen on kehitetty kuntoutumishjelma (Accelerated Recovery Program ARP, ks. Gentry, Baranowsky & Dunning, 2002). Sen avulla on mahdollista sekä ehkäistä että hoitaa myötätuntouupumusta, ja ohjelman käytöstä on lupaavia tuloksia. Ohjelmaan liittyy viisi istuntoa, ja sitä voidaan käyttää yksilö- ja ryhmätasolla. Mallin vahvuus on siinä, että sen avulla voidaan myös suojautua tulevilta vaativilta työtilanteilta sekä kehittää omaa psyykkistä joustavuutta ja kestävyyttä. (Toivola, 2004.)

Suomessa ei myötätuntouupumuksen kuntoutusmahdollisuuksia ole mallitettu laajemmin, ja tässä artikkelissa kuvattu interventio on tiettävästi ensimmäinen tutkimuksellinen kuntoutusmalli, jota on sovellettu myötätuntouupumustressin kokemiseen ja myötätuntouupumuksen ennaltaehkäisyyn hoivatyössä. Vaikka hoivatyöstä ja olosuhteista hoivatyössä on tuoretta, laajaa suomalaista tutkimustietoa, ei

myötätuntostressin ja myötätuntuupumuksen kenttää ole hoivatyön yhteydessä tutkittu tarkemmin. Myöskään kansainvälistä tutkimusta hoivatyön ja myötätuntuupumuksen suhteesta ei ollut löydettävissä, vaikka sairaalassa toteutettavan hoitotyön parista löytyi muutama tutkimus (esim. Edmunds 2010).

Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Euroopan Sosiaalirahaston rahoittaman Työhyvinvointia ja kuntoutumista työssä mikro- ja pienyrityksissä -hankkeen tavoitteena oli kehittää ja luoda hyviä käytäntöjä ja toimintamalleja työhyvinvointijohtamiseen, työtoiminnan sujuvuuden ja yksilötason työhyvinvoinnin edistämiseen. Työskentely tapahtui kahdessa interventiotutkimuksessa, joissa sisältö ja rytmi olivat samanlaiset, mutta varhaisemmassa vaiheessa aloittaneet yritykset aloittivat puoli vuotta aiemmin kuin myöhäisemmässä vaiheessa aloittaneet. Hankkeen kokonaiskesto oli 2,5 vuotta, josta interventiovaiheen kesto kuusi kuukautta kummassakin vaiheessa. Mukana oli kymmenen erilaisesta pohjoiskarjalaista hoivatoimijaa; yhdeksän yksityistä yritystä ja yksi julkinen palveluntuottaja. Ensimmäisessä tutkimuksessa mukana oli kuusi kohdeyritystä, toisessa tutkimuksessa neljä. Kaikki yritykset olivat alle kaksikymmentä henkilöä työllistäviä.

Yritykset valikoituivat projektiin alan (hoiva-ala), yritysmuodon (mikro- tai pienyritys) sekä alueellisen sijoittumisen (Pohjois-Karjala) kautta. Yrittäjä sitoutui projektiin ja yhteisenä tavoitteena oli se, että koko henkilökunta, yrittäjä mukaan lukien, osallistuu projektitapaamisiin. Asiakaskunta yrityksissä oli monipuolista ja työ sisälsi vanhusten, mielenterveys- ja päihdekuntoutujien sekä kehitysvammaisten kanssa tehtävää työtä. Valtaosassa yrityksistä asiakaskuntaan kuului henkilöitä useammasta kohdejoukosta. Asiakkaat olivat pääsääntöisesti liikkuvia, osa voimakkaasti tuettavia, osa hyvin itsenäisiä. Yritysten toiminta oli tehostettua palveluasumista (ryhmä-/hoitokodit), kuntoutusta (kuntoutuskoti) ja avopalveluita. Työmuotoina olivat avustava ja kuntouttava

hoitotyö sekä kodinhoidon työt.

Projektin laajempaan teoreettiseen viitekehyksenä toimi kehittävän työntutkimuksen ja toiminnan teorian lähestymistapa, joka on sovelluksena kuntoutustyössä laajalti käytetty. Toimintamallia rakennettiin työntekijän, työyhteisön ja yrittäjän näkökulmista moniammatillisen projektitiimin ja erilaisten, yhteen linkittyvien teemojen avulla. Tavoitteena oli pilotoida avomuotoisen kuntoutusprosessin toteutusta integroimalla se työn arkeen työpaikalle ja tarjottuna koko työyhteisölle. Moniammatillisesti toteutettuja tapaamisia oli jokaisessa kohdeyrityksessä 21 kertaa. Määrä piti sisällään analyysivaiheen viisi käyntiä, jossa kerättiin tietoa kyselyillä, haastatteluilta ja fyysiseen kuntoon liittyvillä testauksilla, sekä sitä seuraavat yrittäjävalmennukset ja koko työyhteisön muutosvalmennukset, joita oli yhteensä 16 kertaa jokaisessa yrityksessä. Työyhteisön muutosvalmennukset sisälsivät työhyvinvoinnin, psyykkisen hyvinvoinnin ja psyykkisen terveyden sekä fyysisen terveyden aiheita, sekä analyysivaiheen tutkimustulosten esittelyyn.

Muutosvalmennusten lopussa oli analyysivaiheessa tehtyjen mittausten ja testien uusinta. Projektin päätteeksi pidettiin seminaari, johon kutsuttiin kaikki projektissa mukana olleet tahot. Seminaari oli myös muulle yleisölle avoin, ja siellä esitettiin projektin kulku ja projektin tulokset sekä kokemukset projektin onnistumisesta.

Psykologin pitämän osuuden (liite 1) tavoitteena projektissa oli tutkia ja käsitellä empatiakyvyn ja erityisesti myötätuntuupumuksen ilmentymistä hoivatyössä. Lisäksi tavoitteena oli rakentaa interventio myötätuntostressin tunnistamiselle ja myötätuntuupumuksen ehkäisemiselle sekä arvioida intervention toimivuutta. Interventiovaiheen tavoitteena oli lisätä kohdejoukon tietoutta myötätuntostressin oireista ja niiden tunnistamisesta, myötätuntuupumuksen tuottamista riskeistä, myötätuntuupumukselta suojautumisesta sekä siitä toipumisesta. Lähestymistapana oli voimavaratietoinen näkökulma sekä Figleyn (1999) ja Stammin (2005) teoreettinen viitekehys myötätuntuupumuksesta toi-

sen tason traumana. Intervention osat nivottiin kehittävän työntutkimuksen malliin, jossa työtoiminta ymmärretään eri osien vuorovaiikutuksellisenä suhteena ja näin rakennettiin yhteys myös muiden tapaamisten viitekehukseen. Persoonaa ja myötätuntoa käsiteltiin kehittävän työntutkimuksen viitekehuksesta sekä yksilön ominaisuutena että työvälineenä, myötätuntostressiä, myötätuntuupumusta ja myötätuntotytyväisyyttä puolestaan työtoiminnan yhtenä tuloksena.

Tutkimuksessa tarkasteltiin hoivatyöntekijöiden psyykkistä työssäjaksamista ProQOL-seulan avulla. Tutkimuksessa haluttiin selvittää hoivatyöntekijöiden kokemaa myötätuntotytyväisyys-, burnout- ja myötätuntuupumustasoa verrattuna seulan normiaineiston mukaisiin tasoihin. Kohdejoukkoon kuuluvien ei arvioitu olevan kohonneessa riskissä myötätuntuupumukseen, vaan tulosten oletettiin heijastelevan ihmissuhdetyön normaalia tasoa. Osallistujat eivät siis valikoituneet tutkimukseen kohonneen myötätuntuupumusriskin mukaan, vaan he osallistuivat interventioon osana laajempaa työhyvinvointihanketta. Tutkimuskysymykseksi asetettiin, tapahtuuko myötätuntuupumuspisteissä vähenemistä intervention aikana. Oletamus oli se, että intervention vaikutus näkyisi vähentyneenä myötätuntuupumuspistemääränä loppumittauksessa.

Taustatiedoissa esitettyjen kysymysten avulla pyrittiin luonnehtimaan ryhmän yleistä tilannetta työn psyykkisen kuormittavuuden suhteen. Nämä kysymykset käsitelivät henkisesti kuormittavien tapahtumien määrää ja omaa psyykkistä työkykyä. Loppumittauksen yhteydessä tiedusteltiin projektin aikana tapahtunutta muutosta psyykkisessä työkyvyssä.

Osallistujat

Tutkimukseen osallistui kaikista yrityksistä projektin alkuvaiheessa voimassaolevissa työsuhteissa oleva henkilöstö ja yrittäjät. Hankkeeseen osallistuneita henkilöitä kirjattiin yhteensä 99 henkilöä, mutta heistä alkumittauksen täytti 82 henkilöä. Ensimmäisessä tutkimuksen osallistujat tulivat kuudesta työyhteis-

östä: alkumittauksen täyttäneitä oli 52, joista 51 osallistui myös loppumittaukseen. Toisessa tutkimuksessa osallistuvat tulivat neljästä työyhteisöstä: alkumittauksen täyttäneitä oli 30, joista 29 osallistui myös loppumittaukseen. Yhteensä alkumittaukseen siis osallistui 82 henkilöä ja loppumittauksiin 80 henkilöä. Tilaisuuksiin oli mahdollista osallistua työarjen sallimissa puitteissa. Lähtökohtaisesti yrittäjä ja koko henkilöstö osallistuivat tilanteisiin muutamia sairauspoissaoloja, lomapäiviä ja yövuoron jälkeisiä palautumispäiviä lukuun ottamatta. Tilaisuudet järjestettiin joko työpaikoilla tai yrittäjän organisoimissa tiloissa, lähellä työpaikkaa. Näin mahdollistettiin osallistujien arkityön sujuminen ja helppo irrottautuminen työstä. Myös ne työntekijät, jotka aloittivat työsuhteensa projektin ollessa käynnissä, mutta ennen psykologin osuuskia, saivat mahdollisuuden täyttää esitiedot, alkumittaus ja osallistua interventiovaiheeseen. Esitietoja saatiin yhteensä 89 osallistujalta.

Osallistuneista alle 25-vuotiaita oli vain kaksi henkilöä. Ikäryhmään 26–39 vuotta kuului noin 30 % vastaajista ja yli 40-vuotiaita oli lähes 69 %. Naisia oli vastanneista 85, miehiä vain neljä. Vastaajien oman arvion mukaan 73 %:lla koulutus vastasi täysin työnkuvaan, 13 % ilmoitti, että koulutus ei täysin vastaa työnkuvaan, ja noin 10 %, että ei ole koulutautunut alalle. Täydennyskoulutusta työhönsä oli saanut noin 30 % vastaajista. Tuoreita alalle työllistyneitä (työkemusta 1–3 vuotta) oli noin 16 % vastaajista, ja saman verran oli työskennellyt alalla 4–6 vuotta. Enin osa vastaajista, eli yli 44 %, oli työskennellyt alalla jo pidempään, 7–18 vuotta. Varsin kokeneita, alalla 19–30 vuotta olleita oli lähes 13 %. Alalla pisimpään, 31–40 vuotta toimineita, oli noin 10 %.

Myötätuntuupumuksen mittausväline

Menetelminä käytettiin ”Ammatillista elämänlaatuseulaa” (The Professional Quality of Life Scale, ProQOL R-IV, Stamm 2005). Seula on tarkoitettu ihmissuhdetyössä toimiville, ja sen avulla voidaan mitata kolmea ulottuvuutta: myötätuntotytyväisyyttä, burnoutia sekä

myötätuntouupumusta. Ensimmäinen myötätuntouupumustesti ilmestyi vuonna 1995, ja englanninkielisissä maissa käytössä on tällä hetkellä testin viides versio, the ProQOL 5 (Stamm, 2009). Nyt toteutetussa mittauksessa käytettiin seulan neljättä versiota. Seula oli osallistuvan psykologin toimesta aiemmin käännetty ja esitettävä (Palmunen & Ruuska, 2007). ProQOL-seulan yhteydessä osallistujilta kysyttiin monipuolisesti taustatietoja.

ProQOL on Likert-asteikkoinen kysely, joka mittaa kolmea ulottuvuutta, joiden pisteitä ei lasketa yhteen, vaan tarkastellaan erikseen. Ulottuvuuksien kysymykset ovat kyselylomakkeessa sekaisin. ProQOL-seulan pisteitysohjeet löytyvät käsikirjasta. Pienin arvo on 0 (ei/en koskaan), ja suurin arvo on 5 (erittäin usein). Minimipistemäärä jokaisessa ulottuvuudessa on nolla, maksimipistemäärä 50. Seulan validiteetti on korkeaksi havaittu. Ulottuvuuksien väliset korrelaatiot eivät ole merkitseviä, ja vain muutaman prosentin laajuista päällekkäisyyttä eri osa-alueiden välillä on raportoitu. Sisäinen yhdenmukaisuus on tutkimusten mukaan kaikilla kolmella ulottuvuudella erinomainen (Stamm, 2005). Valmiissa seulassa on sen käyttöä koskevat ohjeet ja kuvaus siitä, kuinka seula voidaan täsmentää kohdejoukon terminologiaan. Seulan voi ladata osoitteesta www.proqol.org, kohdasta ProQOL Measure. Lisäksi samasta lähteestä on ladattavissa seulalle käsikirja. Käsikirjassa on annettu myös seulan ulottuvuuksien jakaukset, reliabiliteetit ja validiteetit sekä raja-arvot sekä muut psykometriset tiedot.

Myötätuntoutyytyväisyys-asteikko mittaa, kuinka paljon henkilö kokee tyytyväisyyttä taidoistaan tehdä työtään hyvin. Se liittyy sosiaaliseen kanssakäymiseen ja näkyy esimerkiksi myönteisenä suhtautumisena työtovereihin ja omiin taitoihin auttaa työyhteisöä tai jopa yhteiskuntaa työn kautta. Korkea tulos heijastelee työtehokkuutta ja tyytyväisyyttä. Burnout-asteikko mittaa toivottomuuden tuntemuksia ja kykyä työskennellä tehokkaasti. Oireet alkavat usein vähitellen ja yritykset tehdä työtä eivät tuota toivottua tulosta. Työmäärä voi olla suuri ja yhteisöllinen tuki heikko. Korkea pistemäärä tässä asteikossa il-

maisee suurta uupumusriskiä. Myötätuntouupumus-asteikko mittaa toisen asteen altistusta stressaaville tapahtumille. Oireiden alku voi olla liitännäinen tiettyyn tilanteeseen. Oireina saattavat olla erilaiset pelkotilat, univaikeudet, mieleentunkeutuvat muistikuvat traumatisoivasta tilanteesta tai välttämiskäyttäytyminen suhteessa asioihin, jotka muistuttavat tapahtuneesta. Korkea pistemäärä tässä asteikossa heijastaa korkeaa toisen tason traumatisoitusriskiä sekä suurta myötätuntouupumusriskiä.

Tulokset

Henkinen työkyky ja psyykkisesti raskaat tilanteet työssä

Osallistuneista lähes joka neljäs ilmoitti kohtaavansa psyykkisesti raskaita tilanteita työssä usein (4 %) tai melko usein (20 %). Psyykkisesti raskaita tilanteita työssään kohtalaisen määrän kohtasi 36 %. Harvoin psyykkisesti raskaita tilanteita työssään kohtaavia oli joukosta noin 36 %, ja noin viisi prosenttia ilmoitti että ei lankaan kohtaa työssä psyykkisesti raskaita tilanteita. Henkisen työkykynsä erittäin hyväksi koki viidennes vastaajista (21 %) ja melko hyväksi noin 65 %. Kohtalaiseksi henkisen työkykynsä koki lähes 12 % vastaajista, melko huonoksi henkisen työkykynsä tunsu vain yksi henkilö.

Itsearviointien perusteella voidaan päätellä, että vaikka osa vastaajista kohtasi verraten usein psyykkisesti raskaita tilanteita työssään, koki valtaosa henkisen työkykynsä vähintäänkin kohtalaisen hyväksi.

ProQOL-seulan tulokset

ProQOL-seulan asteikoille laskettiin niiden sisäistä johdonmukaisuutta ilmaisevat Cronbachin alfa -reliabiliteettikertoimet. Myötätuntoutyytyväisyyden (0.87) ja myötätuntouupumuksen (0.83) arvot olivat korkeita, kun taas Burnout-asteikon (0.58) reliabiliteetti jäi alhaisemmaksi.

Ensimmäisen tutkimuksen ja toisen tutkimuksen alkumittauksia verrattiin toisiinsa t-testillä. Havaittiin, etteivät tutkimusryhmät

eronneet toisistaan myötätuntotyytyväisyyden ($t(80) = 0.96, p > 0.10$), burnoutin ($t(80) = -1.66, p > 0.10$) eikä myötätuntuupumuksen ($t(80) = -0.05, p > 0.10$) suhteen. Näin ollen ryhmät voitiin yhdistää seuraavissa tarkasteluissa.

Stamm (2009) selventää, että seula on parasta tulkita jatkumona, ei niinkään raja-arvoja katsomalla. Hän selventää, että raja-arvot on kuitenkin määritelty siten, että alin neljännes sisältää alimmat 25% vastauksista, keskitaso seuraavat 50% vastauksista ja ylin neljännes 25 % ylimmistä vastauksista. Näin ollen alapersentiili on 25 ja yläpersentiili 75. Tällä laskentakaavalla tarkasteltiin myös nyt kerättyjen vastausten jakauma.

Myötätuntotyytyväisyysasteikon keskiarvo oli samankaltainen kuin Stammin alkuperäisaineiston, eli noin 37 pistettä, keskihajonta noin kuusi. Hoiva-alan myötätuntotyytyväisyyden alimman neljänneksen ylärajaksi määrittyi 32, ja ylimmän neljänneksen alarajaksi puolestaan 40, kun taas Stammin (2005) tuloksissa rajat olivat 33 ja 42. Suomalaisessa hoiva-alan aineistossa raja-arvot alarajalla vastasivat yhdysvaltalaisesta tutkimuksesta, ylärajalla oli puolestaan hieman matalampi. Toisin sanoen kuormitustila (niukka tyytyväisyys) on samalla tasolla kuin ProQOL-käsikirjan ilmoittamassa yhdysvaltalaisessa vertaisaineistossa.

Burnout-asteikon keskiarvo oli noin 19, keskihajonta noin 5. Stammin tilastoissa keskiarvotulos on 22, keskihajonta noin seitsemän. Alimman neljänneksen alarajaksi muodostui hoiva-alalla 15 ja ylempään neljänneksen alarajaksi 22. Stammilla vastaavat rajat olivat 18 ja 22. Hoiva-alan aineistossa alin raja-arvo normaalitulokseen on Stammin tut-

kimuksia matalampi, mutta yläarvo on kuitenkin samankaltainen Stammin tilastojen kanssa. Toisin sanoen jälleen kuormitustila (korkea burnout) on samalla tasolla kuin ProQOL-käsikirjassa raportoidussa aineistossa.

Myötätuntuupumuksen asteikon keskiarvo oli, 12 kun Stammin vastaava oli 13. Hajonta hoiva-alan tuloksissa oli noin 6, sama kuin Stammin raportoima. Alimman neljänneksen ylärajaksi oli 8 ja ylimmän neljänneksen alarajaksi 15. Stammin raportoimat tasot ovat 8 ja 17. Näin ollen tulokset olivat alarajalla samankaltaiset, ylärajalla hoiva-alan tulos oli matalampi kuin Stammin raportoima. Toisin sanoen ProQOL-käsikirjassa annettu yhdysvaltalainen ylärajaksi sallii hieman korkeamman kuormittumisen kuin suomalainen verrokki.

Muutokset

Ryhmän alkumittausten ja loppumittausten keskiarvojen eroa mitattiin pareittaisen t-testin avulla. Myötätuntotyytyväisyydessä ei alkua- ja loppumittauksissa ollut eroa ($t(71) = 0.90, p > 0.10$), ei myöskään burnout-tuntemuksissa alkua- ja loppumittausten välillä ($t(71) = 0.49, p > 0.10$). Sen sijaan myötätuntuupumuksen alkua- ja loppumittauksissa oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero: $t(71) = 5.88, p < 0.001$.

Vastaajista yli 23 % (N=20) raportoi henkisen työkykynsä kohentuneen projektin aikana. Henkinen työkyky pysyi ennallaan suurimmalla osalla, eli lähes 65 %:lla (N=56). Kaksi henkilöä ilmoitti henkisen työkykynsä heikentyneen projektin aikana, ja yhdeksältä ei saatu vastausta projektin aikana tapahtuneeseen muutokseen.

Taulukko 1. ProQOL-seulan asteikkojen keskiarvot ja -hajonnat alkua- ja loppumittauksessa

	Myötätuntotyytyväisyys		Burnout		Myötätuntuupumus	
	alku	loppu	alku	loppu	alku	loppu
Minimi-maksimi	18–47	12–48	9–30	5–30	2–36	1–21
Keskihajonta	5,9	6,4	4,7	4,4	6,2	5,1
Keskiarvo	37	36	19	18	12	10

Johtopäätökset ja pohdinta

Lähtökohtaisesti tulokset olivat keskimääräisesti keskitasolla. Raja-arvot mukailivat selvästi alkuperäisiä raja-arvoja ja olivat hyvin samankaltaiset kaikilla mitatuilla osa-alueilla. Tutkimuskysymykseen voidaan vastata, että loppumittauksen tulos myötätuntouupumuksessa oli tilastollisesti merkitsevällä tasolla pienempi kuin ensimmäisessä mittauksessa. Osallistujat itse raportoivat henkisen työkykynsä joko kohentuneen tai pysyneen ennallaan intervention aikana.

Suurin osa osallistujista ilmoitti kohtaavansa psyykkisesti haasteellisia työtilanteita työssään. Tämä noudattelee työterveyslaitoksen tilastoja tilanteesta sosiaali- ja terveysalalla, sillä ihmissuhdetyöhön sisältyy psyykkisesti vaativia työtilanteita. Enemmistö osallistujista koki valmiutensa kohdata työperäisiä henkisiä haasteita melko hyväksi tai hyväksi, ja saavutetut keskitasoiset tulokset myötätuntoutyytyväisyydessä vastaavat hoiva-alan tutkimuksia ihmisten korkeasta sitoutuneisuudesta ja motivoitumisesta työhön. Voidaan siis todeta, että vaikka hoivatyö tarjoaa monia psykososiaalisia haasteita, on työntekijöiden itsearvioitu kyky vastata niihin hyvä. Voidaan myös olettaa, että haasteet motivoivat hoivatyöntekijää työhön. Myönteinen löydös oli myös se, että vain yksittäiset henkilöt raportoivat henkisen työkyvyn heikkenemistä projektin aikana, tai heikkoa henkistä työkykyä projektin alussa.

ProQOL-seulan toimivuutta on arvioitu lukuisissa kansainvälisissä tutkimuksissa. Yli tuhannen liitännäisen tutkimuksen tiedot on saatavilla Stammin marraskuussa 2010 koamana osoitteesta www.proqol.org/uploads/costs_of_caring_bib_11-2010.pdf. Jokseenkin yllättäen nyt tehdyssä mittauksessa burnout-tuntemukset eivät saavuttaneet korkeaa reliabiliteettiarvoa, kuten myötätuntoutyytyväisyys ja myötätuntouupumus. Tämä on havaittavissa myös verrattaessa burnout-tuloksia ensimmäisessä ja toisessa mittauksessa aiempiin mittaustuloksiin. Hajonta pysyi nyt tehdyssä tutkimuksessa tiiviimmin keskitason ympärillä, ja varianssia oli vähän.

Burnout-tuntemusten väliset tilastolliset erot ensimmäisessä ja toisessa mittauksessa olivat vain marginaalisia. Reliabiliteettitason tarkempi analysointi olisi merkityksellistä jatkotutkimuksissa. Suomalaisten tulosten tarkempi psykometrinen arviointi, eri ammattialojen välinen vertailu ja laajempi vertailu amerikkalaiseen normijoukkoon ovat jatkossa välttämättömät seulan tarkemman arvioinnin saamiseksi.

Hyvin tärkeä löydös nyt tehdyssä tutkimuksessa oli se, että myötätuntouupumuspisteet vähenivät tilastollisesti merkitsevällä tasolla intervention aikana. Lisäksi henkisesä työkyvyssä raportoi kohennusta jopa neljännes osallistujista. Muissa mitatuissa osa-alueissa (burnout ja myötätuntoutyytyväisyys) ei tapahtunut samankaltaista muutosta, eikä niiden teemoja nostettu esiin psykologin vetämässä interventiossa. Voidaan olettaa, että psykologivetoisen intervention sisällöllä ja myötätuntouupumuspisteiden laskemisella oli jonkintasoinen yhteys. Jo hyvinkin pieni kuntoutuksellinen interventio, kuten kolme käyntikertaa yrityksessä, voi olla riittävä määrä myötätuntostressin ja myötätuntouupumuksen ehkäisystä tiedottamiseen. Näin pienimitaiseen interventioon tarvitaan lähtökohdaksi se, että työyhteisö on toimintakykyinen, eikä työyhteisön tilanne ole akuutissa kriisitilassa. Tämä kannattaa kartoittaa vähintään yrittäjää haastatellen, mieluiten myös koko työyhteisöä kuullen. Jotta nämä päätelmät voidaan vahvistaa, on jatkotutkimuksessa syytä ottaa mukaan kontrolliryhmä.

On tärkeää muistaa, että psykologin osuus oli vain pieni osa koko projektista. Tulokset heijastelevat koko projektin vaikutusta, ja yhtä osa-aluetta ei voi korostaa yli muiden. Projektin yleisenä tavoitteena oli sekä yrittäjän että henkilöstön työn ja työhyvinvoinnin kehittäminen työhyvinvointijohtamisen uusien käytäntöjen ja arjen sujuvuuden lisäämisen kautta, ja näiden tavoitteiden käsittely saatoi vähentää työperäistä emotionaalista kuormitusta. Projektin vahvuutena voidaan nähdä koko työyhteisön ja yrittäjän nivominen prosessiin. Projekti vei kuntoutustoiminnan lähelle kohdetta eli työyhteisöön, jolloin työar-

jen sujuminen sekä sen peilaaminen tilanteissa oli tehokasta. Projektin aikana myös muista alueista, kuten työhyvinvoinnista ja terveyteen liittyvistä seikoista kerättiin laajalti materiaalia, jota voisi hyödyntää jatkossa. Projektin moniammatillinen ote ja aihealueiden laajuus mahdollistaa jatkotutkimukset usealla eri osa-alueella, ei vain psykologivetoisessa osiossa tai myötätuntouupumusteeman ympärillä. Tutkimukset projektin tuloksista esimerkiksi kehittävän työntutkimuksen ja toiminnan teorian näkökulmista olisivat erittäin hyödyllisiä sekä hoiva-alan näkökulmasta että kuntoutuspalveluiden kehittämisen kannalta.

Yrityksissä oli menossa lukuisia prosesseja projektin aikana. Näitä muutoksia olivat esimerkiksi asiakaskunnan muutos, sukupolven vaihdos, henkilöstömäärän tarpeen muuttuminen ja henkilöstön koulutus muiden projektien tiimoilta. Osallistujat kokivat projektin toisaalta antoisana, toisaalta kuormittavana, sillä tapaamisia oli runsaasti ja arkityötä piti järjestellä tapaamisten ajaksi. Lisäksi oli väistämätöntä, että osa osallistujista saapui tapaamisiin vapaapäivänä. Tapaamisten väliin sijoittui työperäisen materiaalin kerääminen ja kirjaaminen, joka toisaalta nivoi aihepiiriä vieläkin tiiviimmin arkeen, toisaalta työllisti työntekijöitä perustyön ohella. Yrityskohtaiset muutosprosessit ovat voineet olla osaltaan vaikuttamassa tulostason muutoksiin. Projekti kykeni tarjoamaan tuen joidenkin yritysten muutosvaiheeseen, toisissa se ehkä kuormitti voimavaroja. Muutamissa yrityksissä toiminta jatkui vielä projektin päättymisen jälkeen työnohjauksena.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että työn synnyttämistä tunteista on merkityksellistä keskustella työyhteisössä. Empatiakyvyn ja myötätunnon käyttö työssä tuottaa sekä tyytyväisyyttä että kuormitusta. Nyt tehdystä tutkimuksesta tulokset olivat myötätuntouupumuksessa keskitasoiset, kuten oletettiin. ProQOL-seulan tulosten näkökulmasta voidaan kuitenkin olettaa, että myötätuntouupumusteemaan liittyvän intervention käytöstä on hyötyä hoiva-alalla, sillä taso väheni tilastollisesti merkitsevästi. Psykkiseen kuormittavuuteen ja työn koskettavuuteen liitty-

vien tabujen murtaminen avoimella keskustelulla ja hyväksyvällä otteella on tärkeää. Näin voidaan lisätä luottamusta omaan ammatillisuuteen, yhteisöllisyyteen ja puheeksi ottamisen tärkeyteen. On olennaista ymmärtää, että vaikka myötätuntostressi on hoivatyöntekijälle työn yksi sivutuote, on purkautumattoman ja kasautuvan myötätuntostressin seurauksen, vakavan myötätuntouupumuksen oireet erittäin haitallisia sekä yksilötasolla että yhteisötasolla.

Seuraava kehitysaskel myötätuntouupumuksen kuntoutusmallin luomisessa olisi nyt tehdyn intervention ja ARP-mallin sisältöjen vertailu ja sovellukset suomalaiseen työympäristöön. Nyt tehdyn intervention tulokset ovat lupaavia. Lisätutkimukset interventiosta ja mahdollisesti täsmennetyin, riskissä olevan kohdejoukon valikoituminen kohdejoukoksi ovat tärkeitä, jotta vaikuttavuutta voidaan tarkemmin arvioida. Lisäksi valikoituneelle kohdejoukolle olisi merkityksellistä kehittää nyt tehtyä kolmea interventiotapaamista pidempi myötätuntouupumuksen vähentämiseen tähtäävä kuntoutusprosessi, kuten Figleyn (1999) mallissa on. Tällä hetkellä myötätuntouupumusteemaa on sisällytetty prosessinomaisesti Verve Liperissä Tyk- ja Aslak-muotoisiin kuntoutuksiin ihmissuhdetyön, kuten esimerkiksi opettajien, kehitysvammatyöntekijöiden, koulunkäyntiavustajien, hoivatyöntekijöiden ja hoivayrittäjien sekä sosiaalityöntekijöiden kursseilla sekä elämänhallinta-tyyppisen kuntoutuksen (elämänhallinta-Tules, ihmissuhdetyöntekijät) palveluissa. Alku- ja loppumittauksen erot antavat viitettä aiheen merkityksellisyydestä, sen puhumisen tärkeydestä ja tietouden levittämisen tehokkuudesta.

Keskustelukulttuuri työperäisen psykosiaalisen kuormittumisen ja työperäisten tunteiden kokemisen saralla on hitaasti avautumassa. Psykologit ammattikuntana ja psykologinen ymmärrys työn yksilöllisistä ja yhteisöllisistä vaikutuksista ovat siirtyneet myös kuntoutuksen, työterveyshuollon, työnohjauksen ja työhyvinvoinnin kentille. Auttamistyön koskettavuuden julkituonti hoivatyön työyhteisöissä on edelleen tabuluontoinen asia, ja työntekijät kuvasivat, että tunteiden

kokeminen käsitetään helposti epäammattimaiseksi ja merkiksi luonteen heikkoudesta. Näitä asioita kyettiin intervention avulla purkamaan. Myötätuntostressi ja myötätuntuupumus ovat hoiva-alalla edelleen tuntemattomia termejä, eikä työyhteisöissä ollut niistä keskusteltu. Tämän projektin avulla psykologityö saatiin vietyä työyhteisöön ja tuotua esiin psykologinen näkökulma ihmissuhdetuon vaikutuksista työntekijään. Tilanteissa kannustettiin avoimuuteen, kokemusten läpikäyntiin ja työyhteisön vuorovaikutukseen. Työnohjauksen ja yhteisen jakamisen roolia korostettiin. Nähtävillä oli se, kuinka työntekijät innostuivat avautumaan, puhumaan ja läpikäymään työperäisiä tuntemuksia ja asiakkaiden heissä herättämiä tunteita. Työyhteisön sosiaaliset suhteet vankistuivat harjoitusten, keskustelujen ja luottamuksen osoittamisen kautta (liite 1). Osallistujat totesivat, että myötätuntostressin ja myötätuntuupumusriskin oivaltaminen, hyväksyminen ja aktiivinen ennakointi ovat erittäin tärkeitä psykologisen työkyvyn ja työhyvinvoinnin ylläpitäjiä.

Tiivistelmä

Tutkittavat osallistuivat Euroopan Sosiaalirahaston rahoittamaan, Pohjois-Karjalan elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskuksen valvomaan ja Verve Liperin toteuttamaan hoivaprojektiin, jossa käsiteltiin työhyvinvointia, työkykyä ja johtamista hoiva-alan mikro- ja pienyrityksissä. Tässä raportoitu tutkimus keskittyi hankkeen psykologivetoiseen osioon. Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida hoivatyöntekijän myötätuntoisuuden ilmentymää työssä. Painopiste oli myötätuntuupumuksen tutkimisessa, kolmivaiheisen interventioprosessin kehittämisessä ja intervention toimivuuden arvioinnissa. Tutkittavilta (N=82) kerättiin ennen ammatillinen elämänlaatuskala (ProQOL-R IV) sekä projektin alussa että sen päätyttyä. Näiden keräysten väliin sijoittui interventio-osuus. Tutkittavien ei oletettu olevan myötätuntuupuneita, vaan tulosten oletettiin olevan normaalitasoisia. Tulokset pysyivät normaalitasoisina myötätuntuutytyväisyydessä ja burnoutissa eikä niissä

tapahtunut ollut merkitsevää muutosta projektin aikana. Myös myötätuntuupumus pysyi normaalitasoisena, mutta pieneni silti merkitsevällä tasolla. Voidaan olettaa, että muutokset olisivat olleet vieläkin suurempia, jos kohdejoukko olisi valikoitunut interventioon myötätuntuupumusriskin määrittelemänä. Lisäksi esitetään, että lyhyehköllä, myötätuntuupumustematiikkaan keskittyvällä interventiolla on kuormituksen psyykkisiä oireita ehkäisevä, palautumista edistävä ja toipumista kohentava vaikutus.

Abstract

The subjects participated in a care work project, which was organised by Verve Liperi and funded by the European Union Social Fund. The project concentrated on the work welfare, work health and work administration methods on the small-scale or micro sized care work companies. The results reported here include only a small section of the project, and the results concentrate on the intervention conducted by the psychologist of the project. The aim of this part of the project was to examine the appearance of the compassion and empathetic response to the clients among care workers. The emphasis of the intervention was on the research on the appearance of compassion fatigue (CF) among the participants. Further, it included conducting a three-step-intervention model for the CF. An evaluation of the intervention was done at the end. The subjects (N=82) completed the Professional Quality of Life Scale (ProQOL, Stamm 2005) before and after the intervention. The subjects were not expected to score high on compassion fatigue, since they were selected to the project on other basis. They were expected to show average results on all three levels of ProQOL: compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue. All averages were found to be on a normal level, at the beginning and at the end of the project. However, there was a significant decrease in the compassion fatigue-result at the final measure. One could assume that the decrease would have been even greater, if the subjects were selected to the project on the

basis of compassion fatigue risk. As conclusion, a brief, compassion fatigue-centred rehabilitation can ease work-related psychological burden, compassion fatigue and enhance well being and recovery.

Kiitokset

Kiitokset ESR-projektin hoivayritysten esihenkilöille, ja muulle henkilökunnalle osallistumisesta tutkimukseen. Lisäksi kiitos kuuluu Verve Liperille, ja erityisesti projektista vastanneelle työryhmälle sekä kirjoitusprosessia ohjanneelle professori Hannu Rädylle (Itä-Suomen yliopisto, kasvatustieteiden ja psykologian osasto)

PSM, KTM **HENNA PALMUNEN** TOIMII PSYKOLOGIAN JATKO-OPISKELIJANA ITÄ-SUOMEN YLIOPISTON FILOSOFISEN TIEDEKUNNAN KASVATUSTIETEIDEN JA PSYKOLOGIAN OSASTOLLA.

Lähteet

- Baker, E.K. (2005). Työvälineenä Oma Persoonaa. Helsinki: Edita.
- Edmunds, M.W. (2010) Caring too Much: Compassion Fatigue in Nursing. *Appl Nurs Res.* 2010;23:191-197 luettu 7.12.2010 internetosoitteessa <http://www.medscape.com/viewarticle/732211>
- Elo, A-L. (2010) julkaisussa Perkiö-Mäkelä M, Hirvonen M, Elo A-L ym. Työ ja terveys -haastattelututkimus 2009. Työterveyslaitos. Helsinki. Luettu 23.8.2010 internetosoitteessa http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys-suomessa/Documents/tyo_ja_terveys_haastattelututkimus_2009.pdf
- Figley, C.R. (1999). Compassion Fatigue: Toward a New Understanding of the Costs of Caring. Teoksessa B.H. Stamm, (Ed), *Secondary Traumatic Stress. Self-Care Issues for Clinicians, Researchers and Educators.* (2nd Edition). Baltimore: Sidran Press
- Gentry, J.E., Baranowsky, A.B. & Dunning, K. (2002). teoksessa Figley, C. (ed.). *Treating Compassion Fatigue.* New York: Brunner-Routledge.
- Korkeila, J. (2009). Psykoosin Evoluutio. *Duodecim* 125(18):2009-15. Luettu 7.2.2011 internetosoitteessa http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&doAsUseRid=luvzlvkoapes&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Factio&t_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo98313&t_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusnumero#s4
- Kröger, T. & Vuorensyrjä M (2008). Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa vertailussa. *Yhteiskuntapolitiikka.* 73(2008): 3, 250-266. Luettu 6.10.2010 internetosoitteessa <http://www.stakes.fi/yp/2008/3/kroger.pdf>
- Kröger, T., Leinonen, A. & Vuorensyrjä, M. (2009). Hoivan Tekijät. Suomalainen Hoivatyö Pohjoismaisessa Tarkastelussa. Jyväskylän Yliopisto. Sosiaalityön julkaisusarja 6. Luettu 25.11.2010 internetosoitteessa: <http://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2006/106110Loppuraportti.pdf>
- Käver, A. & Nilsonne, Å. (2008). Toimiva Yhteys. Myötätunto ja Hyväksyntä Ihmissuhteissa. Helsinki. Edita.
- Molander, G. (2009). Matka Mullan Alle – Kuolema-työntekijöiden Arki. Helsinki. Työterveyslaitos.
- Munroe, J.F., Shay, J., Fisher, L, Makary, C., Rappoport, K. & Zimering R. (1995) Preventing Compassion Fatigue: A Team Treatment Model. teoksessa Figley, C. (ed.). *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized.* New York: Brunner/Mazel.
- Nissinen, L. (2008). Auttamisen Rajoilla. Myötätuntouupumisen synty ja ehkäisy. Helsinki: Edita.
- Palmunen, H. & Ruuska, T. (2007). Myötätuntouupumus Opettajan Työssä. Pro-QOL Ammatillinen Elämäntilanteenasteikko ja sen soveltuminen suomalaisen kouluympäristöön. Erityiskasvatuksen Pro Gradu tutkielma. Joensuun Yliopisto: Kasvatustieteiden Tiedekunta, Erityiskasvatuksen oppiaine.
- Pearlman, L.A. (1999). teoksessa Stamm, B.H. (ed.) *Secondary Traumatic Stress. Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, & Educators.* Baltimore: Sidran Press
- Poijula, S. (2003). Miten Selviytyä Työpaikan Mene-tyksestä. Kirjapaja: Helsinki
- Rosenbloom, D.J., Pratt A.C. ja Pearlman, L.A. (1999) teoksessa Stamm, B.H. (ed.) *Secondary Traumatic Stress. Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, & Educators.* Baltimore: Sidran Press.
- Rothschild, B. (2006). Help for the Helper. *Self-Care Strategies for Managing Burnout and Stress.* New York: WW Norton & Company.
- Rudolph, J.M., Stamm B.H., & Stamm, H.E. (Nov, 1997). Compassion Fatigue A Concern for Mental Health Policy, Providers, & Administration Poster at the 13th Annual Meeting of the International Society

for Traumatic Stress Studies, Montreal, PQ, CA. Salminen, S. (2010) julkaisussa Perkiö-Mäkelä M, Hirvonen M, Elo A-L ym. Työ ja terveys -haastattelututkimus 2009. Helsinki: Työterveyslaitos. Luettu 23.8.2010 internetosoitteessa http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/tyo_ja_terveys_haastattelu-tutkimus_2009.pdf

Stamm, B.H. (2009). The Concise ProQOL Manual. Pocatello, ID: ProQOL.org. luettu 7.10.2010 internetosoitteessa:

http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_9-2009.pdf

Stamm, B.H. (2005). The ProQOL Manual. Idaho State University: Sidran Press.

Stamm, B.H. (1999). teoksessa Stamm, B.H. (ed.) Secondary Traumatic Stress. Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, & Educators. Baltimore: Sidran Press.

Toivola, K. (2004). Myötätuntouupumus – auttajantyön työperäinen riski. Työterveyslääkäri 3/04.

Liite 1

Psykologin osuuden kuvaus ja tutkimuksen kulku

Projektin hakuvaiheessa projektin suunnitteli ja luonnosteli yhteistyössä psykologin kanssa henkisen hyvinvoinnin edistämisen ja myötätuntouupumuksen ehkäisemisen teemat. Samalla määriteltiin alustava määrä interventiotilanteille. Tässä yhteydessä sovittiin mitausmenetelmästä. Analyysivaiheessa psykologi toimi seulan alustajana ja kerääjänä, tai ohjeisti tiimin sen tekemiseen. Tilana toimivat joko yrityksen kautta hankitut tilat tai Verve Liperin tilat. Joissain yksittäistapauksissa seula jätettiin täyttöohjeineen henkilölle, ja tällöin mukaan liitettiin palautuskuori. Vastajilta kerättiin seulan lisäksi taustatietoja, jotka käsittelivät esimerkiksi ikäluokkaa, sukupuolta, ammattikokemusta, koulutusta, psyykkisesti raskaiden työtilanteiden määrä ja henkistä työkykyä. Lomakkeen täyttö kesti noin 5-10 minuuttia, ja kaikki osallistujat vastasivat kaikkiin kysymyksiin. Analyysivaiheen tapaamiset, samoin kuin interventiovaiheen tapaamiset toteutettiin yrityskohtaisesti. Psykologi pisteitti seulat tapaamisen jälkeen ja laski yksilölliset tulokset sekä yrityskohtaiset keskiarvot.

Jokaisessa interventiotapaamisessa käytettiin menetelminä diapohjaista opetuskeskustelua, ryhmäkeskustelua ja parityöskentelyä. Ensimmäisessä interventiotapaamisessa aiheena oli persoonan käyttäminen työvälinee-

nä. Tästä esimerkkinä mietittiin ja listattiin arkityöstä tilanteita, joissa vaaditaan tekniikan ja ammattikäytäntöjen lisäksi taitoa kohdata toinen ihminen, toimia spontaanisti ja joustavasti sekä myötäelää asiakkaan tilanteessa tai käyttää omaa intuitiota hyödyksi toiminnassa. Tavoitteena oli kartoittaa ja kuvata miten persoona, empatiakyky ja myötätunto näkyvät arkityössä, ja esimerkkejä löytyi muun muassa muistisairaiden kotiinpaluuhädän rauhoittamisesta, kehitysvammaisten tiettyihin aihepiireihin jumittumisen purkautumisesta ja psykiatristen asiakkaiden impulssikontrollin menettämisen ennakoinnista. Lisäksi harjoiteltiin pienryhmässä oman näkökulman vaihtamista ja reagointityylin tuloksellisuuden arviointia. Tämä toteutettiin listaamalla omia tyypillisiä myönteiseksi koettuja ja omia kuormittavia ja negatiiviseksi koettuja reagointitapoja ja piirteitä. Piirteiden ja reagointitapojen tuottamista mahdollisuuksista, liiallisen käytön haittoista sekä vaihtoehtoisista toimintamalleista keskusteltiin yhteisesti. Osallistujat listasivat omia vahvuuksia ja kehitysalueitaan, ja työstitivät niiden riskejä, hyötyjä ja kehitysalueita, ja valitsivat itselleen kehittämisen kohteet. Lisäksi käytiin läpi sitä, miten persoona näkyy työssä. Jotkut osallistujat kuvasivat esimerkiksi kohtaavansa asiakkaan pikemminkin tunnesävytteisemmin, kun taas toiset pyrkivät ohjaavampaan otteeseen. Osallistujat kuvasivat sitä, kuinka tietyt asiakkaat kiinnittyvät tiettyihin työntekijöihin, ja kuinka työn-

tekijät työstivät tämänkaltaisia tilanteita. Lisäksi avattiin sitä, kuinka oman persoonan käyttäminen työvälineenä vaikuttaa jaksamiseen. Moni osallistuja mainitsi esimerkiksi sen, kuinka oma perussosiaalinen luonne ei näy enää vapaa-ajalla entisellä tavalla, kun työ on voimakkaasti sosiaalista. Lisäksi jotkut osallistujat totesivat sen, että he ovat joutuneet rajaamaan omaa tunne-elämää, ja niukentamaan ihmissuhteita, joihin liittyy runsaasti tunteiden työstöä tai avuntarvetta. Osallistujia kannustettiin avoimeen, yhteiseen vuoropuheluun aihepiiristä, ja aihe herätti osallistujissa runsaasti ajatuksia ja keskustelua.

Toisessa interventiossa aiheena oli myötätunnon käyttäminen hoivatyön työvälineenä. Tavoitteena oli kertoa empatiakyvystä työvälineenä, myötätuntostressin ilmenemisestä ja myötätuntouppumuksen kehittymisestä, oireista ja hoitomuodoista. Keskusteluissa palattiin edellisen kerran teemaan ja jatkettiin keskustelua työn koskettavuudesta, arvoista ja omista oireista psykososiaalisessa työkuormituksessa. Osallistujia opastettiin myötätuntostressin oireisiin, ja käytiin läpi yrityskohtaisia esimerkkejä myötätuntostressiä herättävistä tilanteista, kuten omaisen ahdistuksen kohtaamisesta asiakkaan etenevässä sairaudessa ja asiakkaan oman hädän ymmärtämisessä tilanteensa heiketessä. Lisäksi käytiin läpi myötätuntouppumuksen oireet, hoito ja myötätuntouppumukselta suojaavat tekijät. Lisäksi käsiteltiin myötätuntotytyväisyyttä ja sitä vahvistavia seikkoja. Henkilökohtaiset ProQOL-seulan tulokset annettiin osallistujille sekä suullisesti että kirjallisesti. Työyhteisöille ilmoitettiin kohdeyrityksen keskiarvot kolmel-

la mitatulla osa-alueella suullisesti. Osallistujilla oli mahdollisuus keskustella tilanteestaan tarkemmin kahdenkeskisesti psykologin kanssa, ja heitä ohjattiin tuomaan tämä tarve esiin joko suoraan psykologille tai projekti-päällikölle henkilökohtaisen ajan varaamiseksi. Lisäksi niille henkilöille, joilla oli korkeat lukemat burnoutissa ja/tai myötätuntouppumuksessa ehdotettiin psykologin kanssa keskustelua.

Kolmannessa interventiovaiheessa syvennettiin kahden edellisen tapaamisen teemoja sekä nostettiin itsetuntemus sekä vuorovaikutus työyhteisössä työvälineeksi ja suojaksi psykososiaalista kuormitusta vastaan. Tavoitteena oli lisätä ymmärrystä siitä, että tunteita, vuorovaikutustaitoja ja itsetuntemusta on tärkeä treenata ja kehittää. Lisäksi korostettiin palautumisen merkitystä, ja käytiin läpi mahdollisuuksia siihen. Osiossa harjoiteltiin ratkaisukeskeistä ja narratiivista menetelmää näkökulman vaihtamiseksi, kognitiivisen terapian mukaista tunteiden ABC-mallia sekä annettiin tietoa rentoutumistekniikoista ja levon ja unen merkityksestä.

Kahden yrityksen kohdalla lisättiin yksi ylimääräinen tapaaminen osallistujien omasta toiveesta. Toisessa yrityksessä toivottiin toiminnallisia ryhmäharjoituksia ja psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseen liittyvää tietoutta. Tämä toteutettiin projektivastaavan, psykologin ja fysioterapeutin toimesta. Toisessa yrityksessä toivottiin lisätietoa mielenhallinnasta ja rentoutumistekniikoista, sekä fyysisestä harjoittelusta, ja tähän toiveeseen vastattiin projektin psykologin ja fysioterapeutin toimesta.